



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE

L'IRIDECTOMIE DANS LE GLAUCOME CHRONIQUE

(RÉSULTATS IMMÉDIATS — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS)

DE

N^o 15

L'IRIDECTOMIE

DANS LE

GLAUCOME CHRONIQUE

(RÉSULTATS IMMÉDIATS — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1908

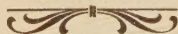
PAR

HAIMOVICI - PERETZ

Né à Vaslui (Roumanie), le 7 octobre 1880

Assistant à la Clinique ophtalmologique (1903-1908)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

—
1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la thèse :

MM. TRUC, <i>président</i> .	MM. JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
VIALLETON, <i>professeur</i> .	RICHE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. TRUC

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de respectueuse gratitude.

H. P.

DE L'IRIDECTOMIE

DANS LE GLAUCOME CHRONIQUE

(RÉSULTATS IMMÉDIATS — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS)

« Il faut, avant toutes choses, lorsqu'on préconise un médicament ou une opération chirurgicale, bien s'entendre sur la nature de la maladie contre laquelle on en recommande l'emploi.

.....
» Je dois donc m'imposer une précision d'autant plus grande, que de tout temps la maladie dont j'ai à m'occuper semble avoir été destinée à entretenir l'erreur et la confusion. »

(A. VON GRAEFE, *Annales d'oculistique*, 1858,
t. XXXIX, p. 229.)

INTRODUCTION

Pendant les cinq années que nous avons passées auprès de M. le professeur Truc en qualité d'assistant, nous avons pu voir un grand nombre de glaucomateux venir solliciter ses soins.

Le glaucome, en effet, sous la forme chronique, se rencontre très fréquemment dans notre région.

Cette affection, par son début insidieux et sa marche lente, entraîne la cécité, unilatérale au moins, chez beaucoup de malades.

Dans ces conditions, il convient d'intervenir promptement.

Le prof. Truc, très éclectique, a successivement essayé et graduellement abandonné les diverses opérations anti-glaucomeuses, et sa longue expérience personnelle lui a permis d'affirmer, dans différentes publications, la supériorité de l'iridectomie.

Nous partageons entièrement la conviction de notre Maître.

Cependant telle n'est pas l'opinion de tous les auteurs et plusieurs d'entre eux considèrent l'iridectomie dans le glaucome chronique comme une opération inutile, sinon nuisible. L'efficacité de l'iridectomie étant ainsi discutée, la question opératoire du glaucome reste encore à l'ordre du jour. Elle fera même le sujet d'un rapport spécial (Truc et Lagrange) au prochain Congrès international d'ophtalmologie de Budapest.

Pour tous ces motifs, nous avons eu à cœur d'étudier les résultats opératoires, immédiats et consécutifs, dans le glaucome chronique.

Avant d'aller plus loin, il convient toutefois de s'entendre sur la valeur des mots, comme le dit si judicieusement Pascal, et la nature de la maladie, comme l'indique de Graefe.

Il importe donc de bien préciser la signification du glaucome chronique, sans cela on s'aventure dans des discussions inutiles, ainsi qu'il est arrivé au Congrès de la Société française d'ophtalmologie en mai 1901.

A ce sujet nous ne saurions mieux faire que de rapporter tout au long ce qu'écrivait le professeur Truc :

« Le glaucome, ou plutôt l'état glaucomateux, est caractérisé par l'hypertonie ; sans hypertonie, pas de glaucome.

» La chronicité implique une évolution morbide, lente, sans réaction notable.

» Cette définition sépare du glaucome chronique, les formes glaucomateuses avec crises aiguës ou subaiguës, mais elle englobe les formes irritatives et simples des auteurs.

» La distinction, dans le glaucome chronique, de la forme irritative et de la forme simple, est juste en clinique, mais elle fausse toute notion thérapeutique. Il faut s'entendre dans les termes, sous peine de ne pas s'entendre dans la pratique; et, si l'on s'entend au point de vue des termes, on sera d'accord au point de vue de l'iridectomie.

» Les auteurs appellent *glaucome chronique irritatif*, le glaucome chronique avec exacerbations et rémission complète dans les intervalles d'accalmie; et *glaucome chronique simple*, le glaucome sans crises et même sans hypertonie.

» C'est là le point délicat, la cause d'erreur d'appréciation et le motif principal de nos divergences thérapeutiques sur l'iridectomie. Il n'y a pas, en réalité, de glaucome irritatif ou de glaucome simple; il n'y a que des glaucomes chroniques: l'irritatif à crises subaiguës étant un glaucome, tantôt chronique, tantôt subaigu, et le glaucome simple, sans nulle réaction et sans hypertonie, n'étant pas du glaucome, mais de l'atrophie optique, avec excavation papillaire.

» Les vrais glaucomes chroniques que nous observons présentent de l'hypertonie, de l'amblyopie progressive, du rétrécissement du champ visuel simple et coloré plus ou moins typique, des varicosités ciliaires antérieures, de l'excavation papillaire, des pulsations artérielles centrales spontanées, ou provoquées par la moindre pression, des cercles lumineux irisés, de la lourdeur périorbitaire,

de l'hypoesthésie cornéenne et parfois même du trouble cornéen, de la dilatation pupillaire, des troubles de réfraction, etc.

» Cet état glaucomateux est plus ou moins marqué aux diverses périodes, à certains moments, mais ne provoque aucune crise véritable, aucune douleur, aucune irritation oculaire notable ; il se développe souvent à l'insu du malade et aboutit graduellement à la cécité, dans un œil puis dans l'autre, sauf intervention.

» Est-ce là du glaucome chronique irritatif ? Il n'y a pas eu crise véritable. Sera-ce du glaucome chronique simple ? Il y a de l'hypertonie au moins relative et pas de retour absolu à l'état normal. C'est tout simplement du glaucome chronique avec variantes individuelles. Si l'on rejette ainsi hors du glaucome chronique tous les cas sans hypertonie, comme il convient de le faire, l'utilité de l'iridectomie devient facile à discuter et à démontrer. Il restera à en poser les indications par rapport aux autres opérations palliatives ou curatives du glaucome, mais on le fera en pleine connaissance de cause ; nous trouverons même, pour les cas douteux, la cure myotique intensive comme véritable critérium opératoire *.

Notre étude comprend :

a) L'iridectomie dans le glaucome chronique d'après de Graefe.

b) L'iridectomie dans le glaucome chronique d'après les auteurs modernes.

* Prof. Dr H. Truc. — Iridectomie et glaucome chronique (Leçon clinique, 10 déc. 1900, in Montpellier médical, 1901, p. 417-421).

c) Les diverses opérations substitutives de l'iridectomie.

d) Statistique clinique des résultats immédiats et éloignés de l'iridectomie.

e) Discussion.

f) Résumé et conclusions.

g) Bibliographie par ordre des matières et par ordre chronologique.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

De la valeur curative de l'iridectomie dans le glaucome chronique, d'après de Graefe

En 1857, après une année de tentatives heureuses, de Graefe préconisa l'iridectomie contre le glaucome. Il avait déjà vu son maître Desmarres pratiquer avec un égal succès l'iridectomie optique et l'iridectomie anti-phlogistique et remarqué l'influence bienfaisante de cette opération dans les irido-choroïdites, dans les ulcérations et les infiltrations cornéennes avec pression intra-oculaire augmentée. Les incisions scléroticales et surtout les paracentèses à répétition, si fréquemment employées par Desmarres pour diminuer l'hypertension glaucomateuse, ne le contentèrent pas. La paracentèse, bonne pour calmer les douleurs, avait une action purement passagère sur l'hypertonie,

« La paracentèse démontrée insuffisante, écrit-il (*Annales d'oculistique*, 1857, t. XXXVIII, p. 248), je me suis demandé s'il n'était pas possible de remplacer cette diminution temporaire de la pression intra-oculaire par une diminution durable. Les recherches que j'ai faites naguère sur l'iridectomie dans les cas d'irido-choroïdite vinrent à mon secours.

» Je crus pouvoir admettre, sans aucun doute, que l'excision d'un fragment considérable de l'iris est plus propre qu'aucune autre méthode à produire une diminution durable de la pression intra-oculaire.

» Après m'être convaincu, soit par des expériences sur des animaux, soit par mes observations cliniques dans diverses maladies, que l'iridectomie a pour conséquence une diminution de la pression intra-oculaire, je la substituai à la paracentèse dans le traitement du glaucome. »

Voilà comment de Graefe a été conduit à la découverte de son procédé ; et le glaucome, réputé jusque-là incurable, trouva de la sorte une cure merveilleuse.

Les premières iridectomies anti-glaucomeuses portèrent principalement sur des cas de forme aiguë. Résultats opératoires brillants, en raison directe de la précocité de l'intervention.

En ce qui concerne le glaucome chronique irritatif, il n'ose pas se prononcer avant un laps de temps permettant une observation persévérante.

Quant à l'action curative de l'iridectomie contre son *amaurose avec excavation du nerf optique* — le glaucome simple ou le glaucome chronique simple des auteurs, notre glaucome chronique, — de Graefe la croit nulle. Cela, parce qu'il envisage cette amaurose, au moins pour le moment, comme une affection substantielle du nerf optique, évoluant fatalement vers la cécité complète. Dans

un second travail sur l'iridectomie appliquée au glaucome (*Annales d'oculistique*, 1858, t. XXXIX, p. 228), de Graefe, tout en gardant les mêmes idées sur la nature des diverses formes de la maladie, élargit cependant le cadre curatif de l'opération.

A côté de neuf observations de glaucome aigu avec résultats opératoires très bons, il annonce, pour la première fois, la guérison de trois cas de glaucome chronique irritatif. L'opération reste encore sans action salutaire dans l'*amaurose avec excavation du nerf optique*. Peut-elle du moins arrêter le processus morbide ? « Une autre question est celle de savoir si l'iridectomie réussit quelquefois à enrayer la marche de l'amaurose avec excavation du nerf optique, la diminution de la pression intra-oculaire permettant à l'altération nerveuse de s'arrêter spontanément ou par les moyens thérapeutiques. C'est dans cette intention que je continue mes expériences, mais il me sera difficile d'arriver à une conviction complète avant plusieurs années, car les changements spontanés dans les amauroses avec excavation ont lieu avec une telle lenteur qu'ils sont souvent presque imperceptibles pour un espace de trois à six mois ; de plus, la maladie semble quelquefois s'arrêter, quand on emploie les autres méthodes de traitement.

» Cette dernière remarque, bien qu'elle ne nous apprenne rien de certain en fait de pronostic, établit une nouvelle différence entre ces amauroses et le glaucome, dont la marche est toujours progressive, qu'elle soit lente, ou qu'elle semble recevoir, de temps en temps, une impulsion nouvelle.

» D'après ce qui précède, il est inutile de faire connaître l'histoire de cas de cette nature. » (*loc. cit.*, p. 275-6).

Pourtant, certains symptômes de cette *amaurose* :

pouls artériel à la moindre pression de l'organe malade, hypertension fugace appréciable par moments, coexistence d'un glaucome franc sur l'œil congénère, le mettent à l'abri d'une conclusion irrévocable et par trop hâtive.

Plus tard (*Arch. für Opht.*, t. IV, 2^e partie; et *Annales d'ocul.*, 1861, XLV, p. 180), il devait, en plus, noter l'effacement post-opératoire de l'excavation papillaire.

En somme, cette parenté symptomatologique entre l'amaurose avec excavation et les autres formes du glaucome le préoccupe au point qu'il se réserve le droit de revenir sur la question.

Cependant les recherches sur la nature et la thérapie du glaucome se multiplient. Donders crée l'unité de toutes les formes morbides du glaucome, unité prévue par de Jaeger.

L'amaurose avec excavation du nerf optique, c'est du *glaucome simple*. L'excavation papillaire est due ici, non pas à une rétraction du nerf optique, comme l'a prétendu de Graefe, mais bien à une augmentation de la pression intra-oculaire. Cette pression augmente lentement, progressivement, sans donner naissance à des réactions vives. Par conséquent, entre les diverses formes de glaucome, il n'y a qu'une différence de degré dépendant de la durée et de l'intensité causale, la nature de l'affection étant la même.

Ces théories sont vérifiées par Haffmans, dans sa thèse inaugurale (Thèse Utrecht, 1861, et *Arch. für Opht.*, 1862, t. VIII, 2^e p., p. 124-178).

L'iridectomie se montre, en effet, de beaucoup plus efficace dans le glaucome simple, que ne l'avait pensé l'inventeur du procédé.

De Graefe se rallia complètement aux idées nouvelles, confirmant de la sorte ses anciennes prévisions.

Il ne lui restait qu'à préciser sa conduite opératoire, en ce qui concerne le glaucome chronique ; ce qu'il fit en pratiquant désormais l'iridectomie avec plus de confiance dans la valeur curative du procédé.

L'unité du glaucome devait ainsi en réaliser l'unité de traitement.

Mais jusqu'à quel point cette nouvelle thèse pouvait-elle infirmer les premiers succès de l'iridectomie dans le glaucome simple ? Il est donc permis de se demander si de Graefe ne s'était pas heurté jusque-là à des écueils presque inévitables, d'abord en opérant de véritables atrophies optiques, et, en second lieu, des cas de glaucome simple trop invétérés. D'ailleurs, il est très explicite à cet égard :

« Dans tous les cas qui ne sont pas accompagnés de symptômes inflammatoires manifestes, quelques collègues maintiennent toujours encore le manque complet de succès de l'iridectomie. Avec pleine conviction je puis, ainsi que Donders, m'opposer à cette affirmation, et je dois m'expliquer cette divergence dans l'appréciation des choses, en partie, par une différence dans la manière de poser le diagnostic, en ce sens, que l'on comprend dans le terrain opératoire des cas d'amaurose avec atrophie de papilles ayant présenté une forte excavation physiologique ; en partie, parce que l'on a opéré trop tard, et que l'on a conçu des espérances non justifiées dans l'action opératoire. Il est très regrettable que les malades avec excavation glaucomateuse recherchent des secours proportionnellement plus tard que ceux atteints d'attaques glaucomateuses. » (*Arch. für Ophl.*, 1862, t. VIII, 2^e p., p. 242-313).

Bientôt la plupart des chirurgiens oculistes de l'époque suivent l'exemple.

Bowman 1863, Magwaly 1865, Quaglino 1866, Little 1868, rapportent successivement des résultats opératoires très bons. Toutefois, ils sont unanimes, quant à la nécessité de l'intervention hâtive. Il faut opérer avant que la vision et l'étendue du champ visuel soient notablement diminuées. Car « il n'est pas en notre puissance, en effet, de rappeler à l'activité ces fibres nerveuses qui ont subi une atrophie complète. » (Bowman, *Annales d'ocul.*, 1863, t. XLIX, p. 30).

De 1862 à 1869, de Graefe semble négliger l'iridectomie ; mais, dans cette dernière année, il fait paraître un travail d'une riche documentation sur la pathologie et la thérapie du glaucome (*Arch. für Ophth.*, 1869, Bd XV, 3 Abth.)

Parlant des résultats opératoires de l'iridectomie dans le glaucome simple, il les divise en quatre catégories, à savoir :

1^o Résultats très bons avec augmentation des facultés visuelles dans plus de la moitié des cas.

2^o Résultats bons, le *statu quo* comprenant à peu près un quart des cas.

3^o Résultats médiocres, temporaires, rares.

1^o Résultats franchement mauvais, exceptionnels.

La valeur curative de ces résultats serait une fonction directe de la façon dont se comporterait la pression intra-oculaire après l'intervention. Dans les cas mauvais, l'iridectomie, au lieu de diminuer l'hypertension, l'augmenterait au contraire. Heureusement, ils sont exceptionnels, il les a rencontrés à peine cinq fois sur plusieurs centaines d'opérations.

« Si je tiens compte de tout cela et de ce que j'ai appris des résultats obtenus par ceux de mes collègues qui se sont occupés de la même question, la fréquence des cas

de cette dernière catégorie ne s'élèverait pas à 2 % des opérés de glaucome simple. Or, une opération qui, en somme, prévient la cécité d'une manière durable sur plus de 90 % des cas, qui, d'après la majorité des auteurs, ralentit la marche fatale et n'amène la perte de l'œil que tout au plus sur 2 %, ne peut être discutée, quant à son indication, dans une maladie dont la marche spontanée est toujours funeste. » (*Annales d'ocul.*, 1870, t. LXIII, p. 229).

Mais encore faut-il être très prudent au point de vue pronostic, étant donné la possibilité de rencontrer un cas à marche funeste, ce qui n'arrive jamais dans le glaucome aigu type.

En résumé, de Graefe applique l'iridectomie au glaucome aigu en 1856, étend ses indications au glaucome irritatif en 1858 et au glaucome chronique en 1862.

Chacune de ces étapes répond à une conviction absolue de l'utilité opératoire dans la forme glaucomateuse correspondante. Nous voulons dire par là que de Graefe, doué d'une grande honnêteté scientifique, n'acceptait que les faits strictement vérifiés par l'épreuve du temps et agissait en conséquence.

C'est à dessein que nous avons insisté longuement sur quelques points de l'histoire. Il importait avant tout de mettre en lumière l'évolution de la cure de l'iridectomie contre le glaucome chronique, dans toutes ses phases, durant la vie de de Graefe.

Il importait aussi de ne pas laisser dans l'ombre les causes primordiales des insuccès opératoires, c'est-à-dire, la confusion du glaucome avec l'atrophie optique, et l'intervention à une période beaucoup trop avancée de l'affection glaucomateuse.

Ces erreurs devaient survivre à de Graefe, se perpétuer

dans les générations ultérieures et constituer le pivot autour duquel tournent encore toutes les divergences des auteurs contemporains.

Aujourd'hui comme jadis, l'iridectomie dans le glaucome chronique reste à l'ordre du jour.

CHAPITRE II

De la valeur curative de l'iridectomie dans le glaucome chronique, d'après les auteurs contemporains.

L'iridectomie est, sans conteste, l'opération de choix contre les formes aiguë et irritative du glaucome. Il n'en est plus de même, quand on envisage sa valeur curative dans le glaucome chronique.

Les auteurs sont loin de se mettre d'accord sur ce point, et la divergence d'opinions ne paraît pas devoir se dissiper de sitôt. Cela tient à ce que plusieurs oculistes admettent encore *un glaucome chronique simple sans hypertonie*, et, en second lieu, parce qu'ils exigent de l'iridectomie des résultats opératoires très favorables, même quand cette opération est appliquée à une période trop avancée de la maladie.

De Graefe a eu soin de redresser ces deux erreurs fondamentales, qui, à son époque, divisaient déjà les oculistes sur le terrain opératoire du glaucome chronique.

Dans le premier cas, il s'agit d'une atrophie avec excavation du nerf optique, et il n'y a pas lieu d'iridectomiser.

Dans le second cas, c'est-à-dire dans le glaucome chronique invétéré, avec diminution de l'acuité, rétrécissement considérable du champ visuel et forte excavation papillaire, l'iridectomie a simplement pour effet de retarder la marche de l'affection ; pour en obtenir des résultats bons et définitifs, il faudrait intervenir au début du glaucome chronique, alors qu'il n'y a pas d'altérations notables. D'ailleurs de Graefe avait vivement conseillé l'intervention précoce, de même qu'il avait signalé les suites opératoires funestes dans 2 % des cas.

LES MYOTIQUES. — S'il existe à présent des oculistes défavorables à l'iridectomie dans le glaucome chronique, c'est peut-être aussi à cause de ces cas malins, à suites opératoires fâcheuses, cas exceptionnels il est vrai, mais toujours possibles. Ils préfèrent s'abstenir de toute intervention chirurgicale, faisant méthodiquement usage de la cure myotique. Cette médication destinée à faciliter l'opération, et à renforcer, par suite, l'effet curatif, est employée par eux, d'une façon abusive, comme traitement radical du glaucome chronique.

Les résultats immédiats de ce traitement sont évidemment très bons : l'acuité visuelle augmente et le champ visuel gagne en étendue. En réalité, cette amélioration n'est que trompeuse et d'une fausse sécurité, car elle masque l'évolution de la maladie. L'effet curatif des myotiques s'atténue et disparaît plus ou moins vite ; le glaucome reprend ses droits. A ce moment on trouve des altérations oculaires profondes, irrémédiables, à tel point que même l'iridectomie n'est plus couronnée de succès. Ce qui a fait dire à de Wecker, que *si les myotiques n'ont jamais guéri un glaucome, ils ont empêché bien des glaucomeux de guérir.*

Terrien néanmoins, dans sa « Chirurgie de l'œil », a pu écrire pour le glaucome chronique simple : « On se contentera ici du traitement médical par les myotiques, car le traitement chirurgical n'a aucune action et peut même être nuisible. On a vu quelquefois une iridectomie être suivie en pareil cas d'une diminution rapide de la vision. Fuchs, sur une statistique de trente-neuf glaucomes chroniques traités par l'iridectomie, rapporte dix-neuf succès et vingt aggravations. Les myotiques demeurent donc la seule ressource. Bien employés et longtemps prolongés, ils peuvent maintenir très longtemps l'acuité visuelle et le champ visuel intact, ou du moins dans le même état qu'au moment où le traitement a été institué (Terrien, *Chirurgie de l'œil*, 1902, p. 107).

Il est peut-être excessif d'affirmer d'une façon aussi péremptoire la valeur de l'action curative des myotiques, d'autant plus que la statistique de Fuchs paraît être rapportée d'une façon inexacte.

Voici, en effet, ce que dit le professeur de Vienne : « Le docteur Laska a compulsé mes propres observations sur le même sujet (glaucome chronique) ; voici les résultats de son travail :

Sur trente-neuf cas, dans dix-neuf, c'est-à-dire dans la moitié à peu près, l'iridectomie a eu un résultat favorable, l'acuité visuelle est restée stationnaire ou s'est améliorée. En revanche, dans vingt cas, en dépit de l'opération, la vue baissa, soit par l'hypertonie ultérieure, soit pour d'autres motifs. La valeur de cette statistique, à la vérité petite, réside dans le fait que l'on n'a pris que les cas que j'avais eu l'occasion d'observer pendant longtemps. Le temps d'observation moyen des dix-neuf cas guéris était de cinq ans ; plusieurs d'entre eux ont été observés pendant plus de

dix ans (Fuchs, *Manuel d'opht.*, 3^e édition franc., 1906, p. 470-71).

Quant à l'efficacité des myotiques dans le glaucome chronique, Fuchs la croit douteuse ; elle l'est d'autant plus que l'hypertonie est moins sensible.

Tacke, de Bruxelles, écrit : « Je suis absolument revenu de l'erreur de traiter les glaucomes simples uniquement par l'ésérine ou la pilocarpine, ce traitement ne peut absolument pas rivaliser avec l'opération. Pourtant mes essais ont été tenaces, et pendant dix ans je n'ai plus fait d'opération de glaucome simple. Je le regrette aujourd'hui, et je suis revenu à mon ancienne manière de faire. » (Lettre à de Wecker, 1900.)

Nous ne saurions accepter l'emploi permanent des myotiques ; et nous croyons rationnel de les rejeter, comme étant insuffisants dans le traitement curatif du glaucome chronique.

Les myotiques doivent servir uniquement à préparer l'œil malade à l'opération, et cela pendant une courte période d'observation.

Truc et Cauvin recommandent cette pratique comme pierre de touche : « Si, après avoir soumis le malade pendant quelque temps à un traitement myotique intensif (ésérine, pilocarpine), on voit l'acuité visuelle augmenter, le champ visuel s'étendre, on peut être à peu près certain que l'iridectomie aura la plus heureuse influence ; si, au contraire, les myotiques agissent peu, le pronostic sera plus réservé et les résultats très douteux... »

» *L'opération donnera d'une façon définitive ce que l'on aura obtenu provisoirement avec les myotiques ; quelquefois même on obtiendra davantage.* »

L'IRIDECTOMIE. — Heureusement, les oculistes s'abstenant de toute intervention sont relativement rares. Bon nombre, au contraire, opèrent autant que possible au début du glaucome chronique, et, s'ils sont contraints d'opérer tard, alors qu'un œil est déjà perdu et l'autre très endommagé, ils ne conçoivent pas sur l'action opératoire des espérances non justifiées. De cette façon, ils se conforment scrupuleusement aux indications opératoires de de Graefe ; et ils obtiennent des résultats identiques. De Graefe, en effet, a estimé les guérisons définitives par iridectomie à 50 % des cas ; l'arrêt de la maladie à 25 % ; le ralentissement de la déperdition visuelle à 25 % ; enfin les véritables succès opératoires à 2 %.

Que trouvons-nous aujourd'hui, cinquante ans après ces affirmations ? Les mêmes chiffres, à peu d'exceptions près.

D'après les statistiques concernant l'efficacité de l'iridectomie dans le glaucome chronique, il résulte que l'estimation de de Graefe reste absolument vraie.

Les statistiques anciennes les plus connues de Hirschberg 1879, Gallenga 1885, Gruening 1890, Hahnloser 1896, H. Coopez 1898, Sider-Huguenin 1898, Ackermann 1900, produisent des chiffres qui se rapprochent beaucoup de ceux de de Graefe.

En 1900, Truc et Cauvin publièrent quatorze cas d'iridectomie dans le glaucome chronique avec résultats opératoires éloignés relativement bons. Une année après, à la dix-huitième réunion de la Société française d'ophtalmologie, de Wecker fit un rapport sur la valeur de l'iridectomie dans le glaucome, et constata les bons effets curatifs de cette opération dans le glaucome chronique. D'après une enquête faite par lui à ce sujet, auprès de

cent douze oculistes, douze s'abstenaient de toute intervention, dix-sept pratiquaient la sclérotomie, trente-quatre l'iridectomie, renforcée quelquefois par une sclérotomie, et quarante-neuf l'iridectomie seule. Par conséquent, il y avait quatre-vingt-trois oculistes sur cent douze qui pratiquaient l'iridectomie, soit un peu plus de 75 %.

De l'étude des statistiques produites à cette occasion et de la discussion qui suivit le rapport de de Wecker, il s'ensuit que le quantum des résultats efficaces de l'iridectomie dans le glaucome chronique reste bien dans les limites indiquées par de Graefe.

Ces statistiques sont d'une réelle valeur, parce qu'elles sont très difficiles à établir, cette catégorie de malades étant presque impossible à suivre.

Il serait trop long de les rapporter toutes dans notre travail, toutefois citons parmi les plus précises :

Glaucomes chroniques traités par l'iridectomie

GAYET (Lyon)

Nombre des cas : 68

1 ^o Améliorations notables de l'acuité....	23	33,82 %
2 ^o Améliorations légères de l'acuité....	11	16,17
3 ^o Etat stationnaire de l'acuité.....	12	17,64
4 ^o Aggravations	22	32,35

En résumé, amélioration de l'acuité dans 34 cas, soit 50 %.

HAAB (Zürich)

Nombre des cas : 76

1° Bien guéris	32	42 %
2° Guéris relativement	22	28,9 %
3° Devenus aveugles.....	22	28,9

KUHNT (Kœnigsberg)

Nombre des cas : 36

1° Amélioration.....	16
2° Arrêt.....	18
3° Détérioration.....	2

MELLINGER (Bâle)

Nombre des cas : 75

	Vision		Champ visuel	
		—		—
1° Amélioration ..	25	33,33 %	23	42,59 %
2° Sat. idem	21	28 %	22	40,74
3° Aggravation...	27	36 %	7	12,96
4° Perte.....	2	2,28 %	2	3,70

SCHULEK (Budapest)

Nombre des cas : 47

1° Succès francs	20
2° Succès moyens	13
3° Aggravations	14

SULZER (Paris)

Nombre des cas : 103

1° Amélioration notable de la vue.....	23	22,3 %
2° Statu quo	38	37 %
3° Diminution de la vue	24	
4° Aggravation	14	13,6 %
5° Perte de la vue	4	3,8 %

Wagner, d'Odessa, l'auteur d'une importante statistique favorable à l'iridectomie dans le glaucome chronique, répond à de Wecker par une lettre très importante. En règle générale, il croit que les statistiques ne sont pas absolument nécessaires pour démontrer l'efficacité d'une opération.

Il suffit pour cela de citer quelques faits particulièrement probants avec succès opératoires, définitifs, indiscutables. Et il cite sa propre observation qui, le cas échéant, peut avoir la valeur d'une expérience : « C'est à

la fin de 1877 que, alors âgé de 41 ans, j'ai eu ma première attaque sur l'œil gauche. Dans le courant de plusieurs mois, je suis passé par plusieurs attaques, qui n'étaient jamais de nature inflammatoire et que je fis toujours rapidement cesser par des instillations d'ésérine. Mais comme il me fallut finalement constater que ma conjonctive ne supportait plus le collyre et que, après huit mois, ma maladie avait été contenue, mais non guérie, je me décidai en juillet 1878 à me soumettre à l'iridectomie. L'opération a été faite, il faut le dire, à une époque où ni la vision, ni le champ visuel de l'œil gauche n'avaient souffert en quoi que ce fût; et actuellement, c'est-à-dire après 22 ans, je suis encore, après correction d'un astigmatisme myopique insignifiant, d'un pouvoir visuel parfait ($S = \frac{28}{30}$ avec $+ 2^d$ possibilité de lire le plus fin caractère).....

.....

» Pour résumer ce que je vous écris rapidement, je maintiens mon opinion que le glaucome simple, qui porte avec raison son nom, peut *cæteris paribus* être combattu à peu près avec le même succès que les autres formes du glaucome. »

Cette conviction dans l'efficacité opératoire de l'iridectomie dans la forme chronique du glaucome se rapproche beaucoup de celle du rapporteur lui-même. En effet, de Wecker, réservant le nom de glaucome chronique à la forme absolument indemne de tout symptôme irritatif, admet que les résultats opératoires obtenus dans ce cas sont aussi bons que les résultats obtenus dans les formes irritatives.

Depuis le rapport de Wecker, différents auteurs ont étudié l'action curative de l'iridectomie particulièrement

dans le glaucome chronique, et plusieurs d'entre eux ont dressé des statistiques fort instructives.

Vettiger, dans son travail sur les résultats de l'iridectomie dans le glaucome primaire (Thèse Bâle, 1901), note les résultats immédiats et éloignés. Ils portent sur l'acuité visuelle, le champ visuel et le tonus oculaire. L'auteur adopte la classification suivante :

Glaucome aigu
— chronique
— simple

Nous laissons de côté les résultats concernant la forme aiguë.

VETTIGER (Bâle)

A) Glaucome chronique

Résultats immédiats

Nombre des cas : 73

	Vision		Champ visuel 32 yeux examinés		Tonus 74 yeux mesurés.	
1° Amélioration....	44	56,41 %	17	53,12 %	59	79,73 %
2° Statu quo.....	21	26,92	9	28,12	12	16,21
3° Aggravation	10	12,82	6	18,75	3	4,05
4° Perte de la vue..	3	3,84				

Résultats éloignés

Nombre des cas : 28

1° Amélioration	11	39,28 %
2° Statu quo	4	14,29
3° Aggravation.....	10	37,71
4° Perte de la vue.....	3	10,71
5° Perte sur 78 yeux.....		3,85

B) Glaucome simple

Nombre des cas: 73

Résultats immédiats

	Vision		Champ visuel		Tonus	
	—		—		—	
1° Amélioration	24	32,87 %	21	42 %	42	73,68 %
2° Statu quo	20	27,39	22	44	13	22,81
3° Aggravation	27	37	7	14	2	3,51
4° Perte de la vue . .	2	2,73				

Résultats éloignés

1° Amélioration	51,80 %
2° Statu quo	40,91
3° Aggravation	7,27

Bossalino, 1906, sur dix mille soixante-douze malades soignés à la clinique ophtalmologique de Pise, entre 1885 et 1902, trouve deux cent soixante-quinze glaucomateux donnant un total de quatre cent trente-sept yeux atteints de glaucome, sous ses différentes formes, classifiées ainsi :

Glaucome simple
— aigu
— chronique
— absolu
— hémorragique

Sur les quatre cent trente-sept yeux malades on compte
quatre-vingt-un cas de glaucome simple, soit

18,39 %

et cent quatre-vingt cas de glaucome chronique, soit

41,19 %

BOSSALINO (Pise)

A) Glaucome chronique

Résultats immédiats

Nombre des cas : 127

	Vision	Tension
Amélioration.....	27	92
Etat stationnaire...	76	18
Aggravation	25	6

Résultats éloignés

Nombre des cas : 48

	Vision	Tension
Amélioration.....	4	4
Etat stationnaire...	22	24
Aggravation	22	15

B) Glaucome simple

Résultats immédiats

Nombre des cas : 72

	Vision	Tension
Amélioration.....	24	56
Etat stationnaire...	24	6
Aggravation	24	1

Résultats éloignés

Nombre des cas : 41

	Vision	Tension
Amélioration.....	5	1
Etat stationnaire...	19	28
Aggravation	17	8

G.-J. Van der Hilst-Karrewij, dans sa thèse de 1906, a réuni les cas de glaucome opérés par le professeur W. Koster, dont on a observé les résultats au moins pendant deux années.

Nous donnons seulement les cas de glaucome chronique traités par iridectomie.

VAN DER HILST-KARREWIJ (Leyde)

Nombre des cas : 19

Résultats immédiats

1° Amélioration de l'acuité visuelle...	20 %
2° Status — ...	45
3° Diminution légère.....	15
4° Diminution.....	20
Normalisation de la tension.....	90

Résultats éloignés

1° Amélioration de l'acuité visuelle.	10.5 %
2° Status — .	5.3
3° Diminution légère.....	10.5
4° Diminution.....	73.7
Normalisation de la tension.....	79

CHAPITRE III

Des opérations antiglaucomateuses substitutives de l'iridectomie

Du vivant même de de Graefe, les oculistes qui refusaient toute action curative à l'iridectomie antiglaucomateuse cherchèrent à remplacer celle-ci par d'autres opérations. Après la mort du Maître, ces opérations deviennent aussi nombreuses que variées.

Pour ne pas sortir de notre sujet, nous passerons rapidement en revue les principales de ces opérations et nous donnerons un aperçu sommaire de leur effet curatif. Laissant de côté la *cyclotomie* de Hancock, 1860 *, on peut diviser toutes les autres en deux groupes :

A) Opérations portant sur la capsule oculaire et ayant pour but d'assurer l'excrétion des liquides intra-oculaires.

B) Opérations régionales, extra-capsulaires, ayant pour but d'arrêter l'hypersécrétion de ces liquides.

* Hancock, *The Lancet*, 25 février 1860.

Les opérations des deux groupes, quoique par des voies différentes, tendent, en somme, vers un seul but : la diminution de l'hypertonie.

A. — Opérations intra-capsulaires

En 1867, de Wecker attribua l'action curative de l'iridectomie, non pas à l'excision d'un lambeau irien, mais uniquement à l'incision scléro-cornéenne. La cicatrice consécutive permettrait aux liquides intra-oculaires de filtrer et maintiendrait ainsi l'équilibre entre la sécrétion et l'excrétion, la rupture de cet équilibre étant, d'après l'auteur, l'essence même du glaucome. Il est amené naturellement à vouloir remplacer l'iridectomie par une large section sclérale ; et il crée ainsi la *sclérotomie*.

Aux deux Congrès de Heidelberg (1869 et 1871), de Wecker a préconisé la *sclérotomie* et développé en même temps sa théorie de la cicatrice filtrante. Ces idées ont donné naissance à toute une série de sclérotomies modifiées : sclérotomies antérieure, postérieure, interne, simple, combinée, droite, cruciale, en morsure de sangsue ; chacune portant évidemment le nom de son inventeur. On les trouve soigneusement décrites dans le travail inaugural du Dr Ch. Cauvin (Thèse Montpellier, 1899).

Cette opération a été appliquée contre le glaucome avec un certain empressement. La pratique journalière a vite démontré combien les résultats opératoires sont passagers.

Steffan, Schweiger, Manolescu, Trousseau, Berthaud et d'autres ont apporté des observations cliniques, qui concluent à l'inefficacité de la sclérotomie.

D'autre part, les recherches histologiques, expérimen-

tales et cliniques de Schnabel, de Schoeler et de Rochon-Duvigneaud ont démontré combien est erronée la conception d'une cicatrice filtrante.

Les expériences les plus récentes de Andogsky et Selensky prouvent aussi l'imperméabilité absolue des cicatrices sclérales (A. et S., *Archives of opht.*, sept. 1902).

Devant ces faits, la sclérotomie, en tant qu'opération curative du glaucome, devait fatalement être abandonnée. C'est pourquoi au Congrès français d'ophtalmologie de 1901, de Wecker lui-même fait descendre la sclérotomie, opération substitutive de l'iridectomie, au rang d'une intervention adjuvante. Selon de Wecker, la sclérotomie ferait accroître l'action curative de l'iridectomie, en permettrait l'exacte exécution, au besoin remplacerait une seconde iridectomie, augmenterait l'action réductrice de la pression ; enfin, la sclérotomie enlèverait à l'iridectomie ses dangers.

Certes, on ne saurait lui refuser une certaine action bienfaisante autant que passagère, en cas de besoin ; mais elle ne peut avoir aucune valeur réelle dans la cure chirurgicale du glaucome en général, et du glaucome chronique en particulier.

M. le professeur Truc a pratiqué la sclérotomie adjuvante en des circonstances déterminées, mais il a, de plus en plus, restreint cette pratique, pour l'abandonner définitivement. Et combien d'autres oculistes, qui au Congrès de 1901 lui accordaient encore une certaine action curative contre le glaucome, ont dû l'abandonner également !

« Dans les cas de glaucome chronique simple, j'ai pratiqué par séries tantôt la sclérotomie, tantôt l'iridectomie, pour avoir les résultats comparatifs de ces deux opérations ; ceux de la sclérotomie sont tout à fait restreints,

temporaires ou nuls ; l'iridectomie, quand il n'y a pas d'accidents, donne presque toujours des résultats définitifs durables. » (Petrescu, de Bucarest).

Cette façon de voir est partagée actuellement par un grand nombre d'auteurs.

Dans le numéro du 24 février 1904, de la *Clinique ophthalmologique*, Abadie fait remarquer, avec juste raison, que personne, jusqu'à ce moment, n'a publié d'observations authentiques démontrant que la sclérotomie ait pu simplement enrayer la marche du glaucome chronique.

Dianoux est peut-être le seul oculiste autorisé qui accorde une valeur curative à la sclérotomie. Voici ce qu'il dit exactement : « Cette opération, à elle seule, remplit tous les desiderata de la cicatrice à filtration ; toutefois, cette qualité n'est guère maintenue indéfinie qu'à la condition expresse de pratiquer de très bonne heure un massage méthodique et de le continuer indéfiniment... Il est le complément rationnel et indispensable de votre opération, sans cela de durée souvent éphémère. Enfin, les myotiques continuent leur rôle si important, qu'annule l'iridectomie, et l'iris restera à la merci de l'ésérine. Ma confiance dans la sclérotomie est telle que je l'emploie exclusivement, dans le glaucome aigu même ; et le n'ai jamais eu lieu de m'en repentir. » (Lettre à de Wecker, 19 nov. 1900.)

Cinq ans plus tard, Dianoux, au sujet d'un article d'Abadie, vante de nouveau la valeur curative de la sclérotomie. Aux soins post-opératoires recommandés en 1900, c'est-à-dire : massage continu et myotiques, il a soin d'en ajouter beaucoup d'autres : faire prendre au malade de la quinine, de l'iodure de sodium à faibles doses et de la teinture de strophantus alternées ; faire de temps à autre une série d'injections de strychnine et régulière-

ment des électrisations avec courants continus ; veiller à l'hygiène, ne pas demeurer à jeun, éviter les fortes émotions, le jeu, etc. Dans ces conditions, la marche de l'affection serait arrêtée et l'effet curatif durable, définitif.

Cela supposé vrai, il est permis de se demander avec Abadie, s'il ne faut pas attribuer l'effet heureux à cette série de soins post-opératoires plutôt qu'à la sclérotomie elle-même ?

Nous connaissons trop d'ailleurs la mentalité fataliste de la clientèle hospitalière pour ne pas compter sur une suite de traitements illusoires. Il nous faut une opération d'un effet curatif prompt, sûr et durable. La sclérotomie, nous pouvons l'avancer avec Truc, Abadie et Gama-Pinto, n'est pas cette opération.

En 1902, au XVI^e Congrès d'ophtalmologie italien, Quereghi préconisa la *sclérochoriotomie* ou le débridement de l'espace péricoroïdien. Le glaucome, selon l'auteur, est une hydropisie de cet espace, l'intervention permettrait au contenu de communiquer avec les chambres aqueuses.

En 1903, M. H. Herbert érigea en méthode opératoire le prolapsus irien qui complique parfois l'iridectomie.

Un an après, Holth reprend le principe de la fistule sous-conjonctivale, par hernie de l'iris ; il recommande l'opération sous le nom d'*iridencleisis antiglaucomatosa*.

La hernie de l'iris diminue en effet la pression intra-oculaire dans la plupart des cas, mais elle retarde la formation de la chambre antérieure, facilite l'infection, expose à l'ophtalmie sympathique.

En 1905, Heine proposa la *cyclodialyse*. Cette opération consiste à libérer les adhérences de l'angle irido-cornéen, par décollement du corps ciliaire, sur une étendue

de cinq millimètres environ. Le décollement se pratique à l'aide d'un stylet poussé dans l'espace supra-choroïdien.

Siegriest et Culter considèrent cette intervention comme néfaste et la condamnent.

Les préparations anatomo-pathologiques de Weckers montrent une absence complète de communication entre la chambre antérieure et l'espace supra-choroïdien, après cette intervention comme avant. De plus le corps ciliaire atrophié reste intimement soudé à la sclérotique sous-jacente par un tissu cicatriciel (Weckers, *Klinische Monatsb. f. Augenheilk.*, 1907, vol. IV).

En mai 1906, Lagrange préconisa l'*irido-sclérectomie* contre le glaucome chronique. Cette opération, prévue et précisée par Rochon-Duvigneaud, est une iridectomie, accompagnée de l'excision d'une languette prise dans toute l'épaisseur de la sclérotique. C'est, en somme, la création d'une fistule sous-conjonctivale propre à la filtration des liquides intra-oculaires. D'après les observations de Lagrange rapportées par Bouthillier et Barbadault, les résultats opératoires sont bons, durables.

Bettrémieux et Lagrange ont tout récemment pratiqué avec succès la sclérectomie simple sans iridectomie. Cela tendrait à prouver que l'effet curatif de l'opération ne doit pas être attribué à l'iridectomie, mais bien à la fistulisation de l'œil.

Nous avons assisté M. le professeur Truc dans quatre opérations de ce genre ; une sclérectomie simple et trois irido-sclérectomies, toutes exécutées *lege artis*. L'intervention a eu pour effet une baisse notable de l'hypertension, mais, dans aucun cas, nous n'avons pu noter une augmentation de l'acuité visuelle.

Dans un cas de Valude, malgré une irido-sclérectomie parfaite, l'œil opéré était resté hypertendu ; et, dans un

second cas du même auteur, la tension est tombée, mais entraînant dans sa chute l'acuité visuelle.

D'une façon générale nous considérons la sclérectomie douée d'une action hypotonisante appréciable ; mais il n'est guère nécessaire de recourir à l'excision scléroticale pour diminuer la pression intra-oculaire.

Dans la grande majorité des cas, l'iridectomie correctement exécutée, avec cicatrice plate, sèche, ramène l'œil malade à une tension normale et définitive. D'ailleurs, l'hypertonie n'est pas certainement la cause essentielle, immédiate, de tout le processus glaucomateux, et partant, une intervention véritablement curative du glaucome chronique ne limite pas son action à la simple baisse du tonus oculaire.

En résumé, la sclérectomie simple ou combinée est une opération anti-glaucomateuse trop récente pour que l'on puisse en apprécier justement la valeur ; mieux que toute discussion actuelle, l'avenir nous renseignera sur la véritable action curative de cette opération.

B. — Opérations régionales ou extra-capsulaires

En 1882, Badal propose *l'élongation du nerf nasal externe* et en 1883 *l'arrachement* de ce nerf comme traitement du glaucome.

L'opération de Badal calme les douleurs ciliaires, mais ne peut enrayer la marche de l'affection. On ne saurait donc la considérer comme une opération anti-glaucomateuse proprement dite.

En 1893, Jonnescu, de Bucarest, s'inspirant probablement des expériences de Wegner, et des déductions cliniques de Rochon-Duvigneaud, d'Abadie, préconisa et

exécuta la *sympathectomie* ou la résection du sympathique cervical.

Selon ces auteurs, le glaucome serait dû à une excitation, tantôt passagère, tantôt permanente du grand sympathique. La section du nerf, modérant la sécrétion des liquides intra-oculaires, diminue l'hypertension ; de plus elle rétrécit la pupille.

Reste à savoir si cette action est définitive ou tout au moins de longue durée.

Les premières observations de sympathectomie rapportées par Jonnesco, Abadie, Panas, Demicherie, Mohr et Grunert n'étaient pas très concluantes, sur ce point. Ensuite Socor, Neese, Lagrange, Kalt et Loring s'accordent à reconnaître que les résultats de cette opération sont variables, incertains, temporaires.

Dans la plupart des cas, l'amélioration obtenue ne dépasse guère trois ou quatre mois.

L'opération est suivie parfois d'abondants épanchements sanguins intra-oculaires, de troubles généraux plus ou moins marqués.

Dans sa thèse de 1905, Médow, après avoir analysé les cent soixante et un cas de sympathectomie connus jusqu'alors, conclut à l'inefficacité de cette opération dans toutes les formes du glaucome. Il la conseille cependant dans les cas exceptionnels pour éviter l'énucléation.

Gama-Pinto, au contraire, envisageant l'opération comme périlleuse, lui préfère, dans ces derniers cas, l'énucléation, qui est plus simple et plus radicale.

D'après ce qui précède, il résulte que la sympathectomie dans la cure du glaucome est une opération aléatoire.

CHAPITRE IV

Statistique clinique des résultats immédiats et éloignés de l'iridectomie

C'est à peine nécessaire de rappeler combien il est délicat de compiler des statistiques complètes de glaucome chronique dans la pratique hospitalière. Cette catégorie de malades est presque impossible à suivre.

En outre, pour des causes souvent inévitables, les observations ne sont pas prises avec toute l'exactitude voulue.

Le matériel utilisable se trouve ainsi sensiblement réduit.

Le glaucome, dans notre région, devient rarement aigu ou subaigu, mais il est extrêmement fréquent sous la forme chronique.

De janvier 1892 à septembre 1908, il s'est présenté à la consultation de la clinique ophtalmologique de Montpellier 516 glaucomateux environ.

Sur ce nombre, 289 furent hospitalisés, dont 215 atteints de la forme chronique.

En excluant les malades qui ont subi une opération

anti-glaucomeuse, il en reste 163 soumis à l'iridectomie. Sur ces 163 observations, 92 seulement sont utilisables.

Nous avons par conséquent 92 cas de glaucome chronique donnant un total de 133 yeux iridectomisés (131 iridectomies + 2 irido-sclérectomies.)

Nous souhaitions en publier les résultats éloignés ; dans ce but, nous avons écrit aux malades, les priant de venir se faire examiner de nouveau, ou de nous envoyer les indications nécessaires.

55 malades ne nous ont pas répondu ;

23 ont écrit ;

14 sont venus se prêter à un nouvel examen.

Nous donnons en premier lieu les 55 observations de glaucome chronique avec résultats opératoires immédiats sur 76 yeux.

En second lieu, nous donnons les 37 observations à résultats éloignés de cette même opération sur 57 yeux. Ces dernières observations se décomposent bien entendu en deux catégories :

a) 14 observations à résultats opératoires éloignés, constatés par un nouvel examen des patients sur 23 yeux, avec notation de l'acuité visuelle, du champ visuel, du tonus oculaire et de l'état du nerf optique.

b) 23 observations à résultats opératoires éloignés sans examen nouveau des patients, mais basés sur leur réponse catégorique.

OBSERVATIONS
DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
DE MONTPELLIER
(1892 à 1908)

RÉSULTATS IMMÉDIATS

N ^o d'ordre	Année de l'opération	Nom et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	État du N. op.
						Généraux	Oculaires		
1	1892	E. H. Montpellier	F	34	couturière	grippe	glaucome ab- solu OD	OD=0 OG=1	
2	1893	C. P. Mèze	H	51	ferblantier		amblyopie passagère ODG	OD=1/7 OG=Q	
3	"	F. E. Cornus	"	73	cultivateur	variole		OD=1/40 OG=1	excavat papillair
4	"	L. C. Marseillan	"	68	tailleur	rhumatismes	glaucome ab- solu OD	OD=0 OG=Q	excava papillair
5	"	L. B. Beucaire	"	66	charpentier		contusion du globe OD	OD=Q OG compte les doigts	
6	"	A. J. Millau	"	71	journalier		cataracte OD	OD=Q OG=Q	
7	"	G. B. Pézenas	F	83	repasseuse	rhumatismes	cataracte au début OD	OD=Q OG=1/50	excavat papillair
8	"	P. M. Pignan	"	60	ménagère	grippe	glaucome ab- solu OD	OD=0 OG=Q	

Etat du champ visuel	Tension oculaire	Complications	Intervention	Complications opératoires	Résultats opératoires			Observations
					T	V	Ch. V	
	+ 1	synéchies antér.	iridectomie OD		N	OD=0 OG=1		
rétréci en haut et en bas OD	+ 1					OD=1,7		
	+ 1	synéchies postér.	iridectomie OG	hyphéma	N	OG=Q		
rétréci septé en dehors	+ 1	leucomes OD	iridectomie OD		N	OD=1,40		
	N					OG=1		
centrique OG	+ 1		iridectomie OG		N	OG compte les doigts		
			iridectomie ODG			OD=Q OG compte les doigts		
	+ 1					OD=Q		
	+ 1		iridectomie OG		N	OG=Q		
	+ 1					OD=Q		
OG rétréci	+ 1/2		iridectomie OG			OG=1/40		
		conjunc- tivate cat. ODG				OD=0		
	+ 1		iridectomie OG		N	OG=Q		

N ^o d'ordre	Année de l'opération	Nom et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	Ét d N. op
						Généraux	Oculaires		
9	1894	G. G. Paulhan	II	68	cultivateur		épiphora ODG cataracte OD	OD=0 OG=1,6	excav. papillai
10	1896	V. B. Tarrare	»	40	déménageur	spécificité		OD=1,50 OG=2/3	
11	»	L. P. Vic-les-Etangs	II	59	cultivateur			OD=Q OG=2/5	
12	»	G. A. Montpellier	F	52	ménagère	rhumatismes	hémiparésie OG	OD=Q OG=Q	
13	1897	B. L. Vacquières	II	66	cultivateur	pneumonie		OD=0,6 OG=0,5	papille l rement vée C
14	»	F. P. Gignac	»	69	cultivateur			OD=0,4 OG=Q	excava papilla ODG
15	1898	A. F. Causse-de-la-Selle	»	67	propriétaire	rhumatismes		OD=1/50 OG=Q	
16	»	A. F. Agde	»	67	propriétaire	paludisme	ODG H + 1.50d	OD=0,4 OG=0,1	

Etat du mp visuel	Tension oculaire	Complications	Intervention	Complications opératoires	Résultats opératoires			Observations
					T	V	Ch. V	
						OD=0 OG=1,6		
	+ 1		iridectomie OG					
	+ 1		iridectomie ODG		N	OD=1/50		
	+ 1			léger en- clavement irien	N	OG=2 3		
étréci en dans ODG	+ 1		iridectomie ODG	hyphéma	N	OD=1/25		
	+ 1				N	OG=1,3		
étréci en l'ann ODG	+ 1		iridectomie ODG		N	OD=Q		
	+ 1				N	OG=Q		
		épiphora ODG				OD=0,6 OG=0,5		
	+ 1/2		iridectomie OG		N			
	+ 1					OD=0,1		
	+ 2		iridectomie OG		N	OG=Q		
étréci en dans ODG	+ 1		iridectomie ODG		N	OD=1,50		le même
	+ 1				N	OG=Q		
étréci en aut et en edans OD	+ 1		iridectomie ODG		N	OD=0,1		
ision cen- trale OG	+ 1				N	OG=0,1		

N° d'ordre	Année de l'opération	Noms et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	État du N. opt
						Généraux	Oculaires		
17	1898	G. A. Montpellier	F	60	ménagère		glaucome absolu OD	OD=0 OG=3/50	excava papillair
18	"	N. C. Lapeyrade	"	40	ménagère		glaucome absolu OG	OD=0,6 OG=0	
19	1899	V. A. Mèze	H	58	charretier	spécificité	iritis spéci- fique	OD=2/3 OG=1/50	légèrena excavé C
20	"	S. T. Montpellier	"	69	terrassier	éthylisme	épiphora ODG	OD=1/10 OG=1/10	
21	"	M. E. Montpellier	"	65	camionneur		glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,2	légère ex vation p laire O
22	"	A. J. Perpignan	"	67	capitaine en retraite		glaucome absolu OD	OD=0 OG=2/50	
23	"	P. G. Montpellier	"	66	cultivateur		ODG H + 2.50d	OD=0.7 OG=0,2	
24	"	V. M. Cette	F	69	ménagère	arthritisme	iritis ODG	OD=3/50 OG=4/50	

Etat du mp visuel	Tension oculaire	Complications	Intervention	Complications opératoires	Résultats opératoires			Observations
					T	V	Ch. V	
	+ 1					OD=0		
tréci en aut et en dans OG	+ 1/2		iridectomie OG		N	OG=3,50	le même	
tréci en aut et en dans OD	+ 1		iridectomie OD		N	OD=0,6 OG=0		
						OD=2,3		
tréci en dans OG	+ 1/2	synéchies postér.	iridectomie OG		N	OG=1/50		
	+ 1/2		iridectomie ODG		N	OD=1,10		
tréci en dans OG	+ 1/2				N	OG=1/10		
	+ 2					OD=0		
	+ 1	sclérose du cristallin	iridectomie OG	enclave- ment irien	N	OG=0,2		
	+ 1					OD=0		
tréci sur- aut en bas OG	+ 1/2		iridectomie OG		N	OD=1/50		
	+ 1/2		iridectomie ODG		N	OD=0,3		
tréci en aut et en dans OG	+ 1					OG=0,3		
tréci en haut OD	+ 1	synéchies postér.	iridectomie OD		N	OD=3/50 OG=4/50	légèrem. augmenté	

N° d'ordre	Année de l'opération	Noms et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	État du N. opt.
						Généraux	Oculaires		
25	1900	F. P. ?	H	68	scieur		glaucome absolu OD	OD=0 OG=4/50	
26	"	B. Ch. Riols	F	64	ménagère			OD=3/50 OG=Q	excavat papillai ODG
27	"	E. J. Celle	"	58				OD=3/50 OG=Q	
28	"	D. R. St-Laurent-de-la-Sa- lanque	"	63	propriétaire	arthritisme	glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,2	légère e vation pa laire O
29	"	D. V. Montpellier	"	71	ménagère		épiphora, kératite phlycténu- laire ODG	OD=0 OG=1/40	excavati papillaire
30	1901	T. F. St-Genest-de-B.	H	63	cultivateur	artério-sclé- rose	glaucome absolu OG	OD=0,40 OG=0	excavati papillaire
31	"	B. G. Beaucaire	"	64	employé de chemin de fer		atrophie op- tique, épiph- ora ODG	OD=Q OG=1/50	excavat papillaire
32	"	T. J. Lacaune	"	69	cultivateur			OD=Q OG=0,7	légère e vation papillaire

Etat du mp visuel	Tension oculaire	Compli- cations	Inter- vention	Compli- cations opératoires	Résultats opératoires			Observations
					T	V	Ch. V	
	+ 1					OD=0		
réci sur- at en de- ans OG	+ 1/2		iridectomie OG		N	OG=4/50		
réci sur- at en de- ans ODG	+ 1		iridectomie ODG		N	OD=0,1		
	+ 1				N	OG=Q		
réci en bas en dedans ODG	+ 1		iridectomie OD		N	OD=3/50		
	+ 2					OG=Q		
	+ 3	douleurs	énucleation OD					
réci en bas OG	+ 1		iridectomie OG	léger en- clavement irien	N	OG=0,4		
	+ 2					OD=0		
réci en aut OG	+ 1/2		iridectomie OG		N	OG=1/50		
rétréci OD	+ 1		iridectomie ODG		N	OD=0,2		
	+ 2				N	OG=0		
						OD=Q		
réci en bas en dedans OG	+ 1	ectropion lacrymal OG	iridectomie OG		N	OG=1,50		
	+ 1		iridectomie ODG		N	OD=Q		
réci en dans OG	+ 1 2				N	OG=0,7		

N ^o d'ordre	Année de l'opération	Noms et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	État du N. opti
						Généraux	Oculaires		
33	1901	C. S. Lodève	F	72	couturière	surdité	cataracte glauc. OD	OD=0 OG=1/50	excavat papillaire
34	1902	D. S. Perpignan	H	59	cordonnier		conjonctivite catarrhale ODG	OD=Q OG=0,1	excavat papilla ODG
35	"	A. C. Gignac	"	42	cultivateur	variole	iritis ODG	OD=0,7 OG=3/50	excavat papilla ODG
36	"	S. H. Lodève	"	73	fileur		glaucome ab- solu OD	OD=0 OG=1/8	excavati papillaire
37	"	B. M. Montpellier	"	59	jardinier	lithiase uri- naire, hernie double		OD=1/100 OG=3/50	excavati papillai ODG
38	1903	J. B. St-Jean-de-Fos	"	63	cultivateur		ophtalmie ?	OD=Q OG=0,9	
39	"	R. R. Hyères	F	49	couturière			OD=0,5 OG=Q	excavati papillaire
40	1904	B. G. Montagnac	H	68	cultivateur	paludisme, éthylisme		OD=0,2 OG=Q	excavati papillaire forte exca papillai OG

Etat du amp visuel	Tension oculaire	Compli- cations	Inter- vention	Compli- cations opératoires	Résultats opératoires			Observations
					T	V	Ch. V	
rétréci en dedans OG	+ 1/2		iridectomie OG		N	OD=0 OG=2/50		
	+ 1		iridectomie ODG		N	OD=Q		
rétréci en dedans OG	+ 1/2				N	OG=0,1		
normal OD						OD=1		
irrégulière- ment rétréci OG	+ 1		iridectomie OG		N	OG=1	augmenté	VOG=1 après cor- rection par les verres
	+ 2		iridectomie ODG		N	OD=0		
rétréci en de- hors et en bas OG	+ 1				N	OG=1/8		
rétréci en de- hors et en bas ODG	+ 1		iridectomie ODG		N	OD=0,1		
	+ 1				N	OG=0,1		
rétréci en bas et en dedans OD	+ 1	leucome diffus. OD	iridectomie OD		N	OD=2 Q OG=0,9		
rétréci en haut OD	+ 2		iridectomie OD		N	OD=0,3		
	+ 3					OG=Q		
	+ 1				N	OD=0,2		
	+ 2		iridectomie OG		N	OG=Q		

N° d'ordre	Année de l'opération	Nom et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	État du N. opti
						Généraux	Oculaires		
41	1904	M. J. — Cette	H	61	plâtrier	paludisme, hémiplegie g., artério-sclér.		OD=0,2 OG=0,2	excava papilla ODG
42	"	B. J. — Rodez	"	66	cultivateur	éthylisme	glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,1	légère ex vation p. laire O
43	"	M. Ph. Lodève	F	58	journalière		ODG H + 2d	OD=0,1 OG=0,1	excavat papilla ODG
44	"	A. F. St-Romans	H	68	cultivateur			OD=Q OG=0,4	excavat papillaire
45	1905	Ch. J. Carmagué	"	63	cultivateur		glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,4	excavati papillaire
46	"	J. A. Venelle	"	56	cultivateur	variole	amblyopie passagère post-vario- lique ODG	OD=0,6 OG=0,5	excavatio papillaire vaisseau rejetés d côté nas ODG
47	"	L. A. Sarramèze	"	70	cultivateur		ophtalmie ancienne OD glaucome absolu OG	OD=3/50 OG=0	excavati papillaire
48	"	C. L. Quarante	"	65	courtier		glaucome absolu OD	OD=0 OG=1/50	fond d'oe inéclairab OG

Etat du champ visuel	Tension oculaire	Complications	Intervention	Complications opératoires	Résultats opératoires			Observations
					T	V	Ch. V	
centrique ODG	+ 1 + 1		iridectomie ODG	pan- ophtalmie OD	N	OG=0,4		évidement OD
	+ 2					OD=0		
peu rétréci ODG	+ 1		iridectomie ODG		N	OG=0,2		
rétréci sur- t en haut ODG	+ 1 + 1	hémorra- gies réti- niennes ODG	iridectomie ODG		N N	OD=0,2 OG=0,2		
peu rétréci OD	+ 1		iridectomie OD		N	OD=1/50 OG=0,4		
	+ 2		iridectomie ODG		N	OD=0		
rétréci en bas et en de- dans ODG	+ 1				N	OG=0,4	le même	
rétréci sauf en dehors ODG	+ 2 + 3		iridectomie ODG			OD=0,1 OG=0,1		
vision cen- trale OD	+ 1 + 2	leucomes OD	iridectomie OD		N	OD=0,1 OG=0		
	+ 3					OD=0		
rétréci en bas et en dedans ODG	+ 2		iridectomie ODG	hyphéma ODG	N	OG=3/50	le même	

N° d'ordre	Année de l'opération	Nom et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	État du N. opl
						Généraux	Oculaires		
49	1905	Ch. J. St-Bauzille-de- Putois	F	56	ménagère			OD=0,5 OG=Q	excav. papill OD
50	1906	C. S. Montpellier	H	61	jardinier	rhumatismes		OD=1/50 OG=0,5	excav. papill OD
51	"	A. J. St-Aunès	"	60	forgeron	rhumatismes	ODG H + 2d	OD=0,1 OG= 4/50	excava papill OD
52	"	C. J. Villeveyrac	"	70	cultivateur			OD=Q OG= 1/50	excava papillair
53	"	R. C. Lunel	F	68	ménagère		glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,1	excava papillair
54	"	C. E. Lodève	"	74	ménagère	gastrite chronique		OD=0,3 OG=0,2	légère vation p laire C
55	1907	P. J. Adissan	H	63	cultivateur	éthylisme	ODG H+1,50d	OD=Q OG=0,9	excava papillair

Etat du champ visuel	Tension oculaire	Complications	Intervention	Complications opératoires	Résultats opératoires			Observations
					T	V	Ch. V	
rétréci en haut OD	+ 1/2 + 2		iridectomie OD		N	OD=0,7 OG=Q		VOD=0,7 après correction par verres
gèrement rétréci en dans ODG	+ 1 + 1/2		iridectomie ODG		N N	OD=2/50 OG=0,6		
	+ 1/2 + 1		iridectomie ODG		N N	OD=0,1 OG=4/50		
rétréci sauf dehors OG	+ 1 N		iridectomie OD cure myotique OG		N	OD=Q OG= 0,6		à opérer si vision baisse et si champ visuel se rétrécit
rétréci sauf dehors OG	+ 1 + 1/2	blépharo- conjuncti- vite chro- nique ODG	iridectomie OG		N	OD=0 OG=0,4		
rétréci sauf en dehors ODG	+ 1 + 1		iridectomie ODG		N N	OD=0,3 OG=0,2		
rétréci OD normal OG	+ 1		iridectomie OD cure myotique OG		N	OD=1/50 OG=0,9		à opérer si vision baisse et si champ visuel se rétrécit

OBSERVATIONS
DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
DE MONTPELLIER

(1898 à 1908)

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

N° d'ordre	Année de l'opération	Nom et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	Etat du N. optique	Etat du champ visuel.	
						Généraux	Oculaires				
1	1899	T. B. Teyran	H	63	garde cham- pêtre		glaucome absolu OD	OD=0 OG=2/50	légère ex- cavation pa- pillaire OG	rétréci en bas et en dedans à 45° OG	+ +
2	"	G. M. Montpellier	F	53	ménagère	bronchites		OD=0,4 OG=0,6	papilles floues ODG	rétréci du côté inféro- interne ODG	+ +
3	1900	V. J. Montpellier	H	61	mécanicien	artério-sclé- rose généralisée	glaucome absolu OD	OD=0 OG compte les doigts à 30 cent.	excavation papillaire OG	très rétréci OG	+ +
4	1903	B. Th. Junas	"	67	cultivateur	fièvre ty- phoïde, grippe	glaucome absolu OG	OD=4/50 OG=0	excavation papillaire OD	rétréci en haut 15° OD	+ +
5	1904	C. L. Villeveyrac	"	71	cultivateur	rhumatis- mes	épiphora, glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,2	excavation papillaire OG	rétréci en haut 30° en dehors 60° OG	+ +
6	"	H. M. Cendras	F	60	domestique		glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,6	légère exca- vation pa- pillaire OG	rétréci en haut 35° en bas 45° OG	+ +
7	1906	D. Ch. Tarascon	H	56	cultivateur	artério-sclé- rose	glaucome absolu OD	OD=0 OD=0,3	légère exca- vation pa- pillaire OG	rétréci à 30° OG	+ +

Complications	Intervention	Complications opératoires	Résultats opératoires immédiats			Années écoulées depuis l'opération	Résultats opératoires éloignés			
			T	V	Ch. V		T	V	Ch. V	État du N. optique
	iridectomie OG		N	OD=0		9	+2	OD=0		
			N	OG=3,50	augmenté de 10°		N	OG=0,1	concentrique 45°	légère excavation papillaire
	iridectomie ODG	léger enclavement irien OD	N	OD=0,5		9	+1/2	OD=0,4	normal ODG	légèrement excavé OD
			N	OG=0,6			N	OG=0,8		pas d'excavation OD
douleurs, cataracte	iridectomie ODG		+1	OD=0		8		OD=0		
			+1/2	OG compte les doigts à 30 cent.	le même		+1	OG=0		
ophtalmie scléreuse cristallin	iridectomie OD		N	OD=0,2	le même	5	N	OD=0,2	le même	
				OG=0			+3	OG=0		
				OD=0		4	+1	OD=0		
phosphora	iridectomie OG		N	OG=0,2	le même		N	OG=2/50	concentrique 45°	excavation papillaire
	iridectomie ODG		N	OD=0		4	+1	OD=0		
			N	OG=0,7	augmenté de 10°		N	OG=0,9	normal	pas d'excavation papillaire
	iridectomie ODG		N	OD=0		2	+1/2	OD=0		
			N	OG=0,2	le même		N	OG=0,5	en haut et en bas 30° en dehors et en dedans 45°	excavation et atrophie OD pas d'excavation papillaire OG

N° d'ordre	Année de l'opération	Nom et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	Etat du N. optique	Etat du champ visuel	
						Généraux	Oculaires				
8	1906	G. F. Méze	H	62	tonnelier			OD=0 OG=0,5	forte exca- vation pa- pillaire OD légère exca- vation papil- laire OG	rétréci sauf en dehors OG	- -
9	1907	F. J. Lattes	"	67	cultivateur		ODG H + 2d	OD=0,6 OG=0,1	normal OD excavation papillaire OG	normal OD très rétréci OG	+ +
10	"	A. C. Montpellier	F	67	couturière	spécificité ?		OD=0,1 OG=1/50	excavation papillaire ODG	rétréci en bas et en dedans ODG	+ +
11	1908	B. A. Castries	H	60	limonadier	rhumatis- mes	glaucome absolu OG	OD=1 OG=0		concentri- quement ré- tréci à 50° OD	+ +
12	"	F. B. Joncels	"	64	cultivateur	rougeole	kératite post-rou- geolique OG	OD=0 OG=0,5	papille grise OD légère exca- vation pa- pillaire OG	rétréci en dedans et en bas OG	+ +
13	"	R. L. Avèze	H	65	tisseur	artério-sclé- rose		OD=0 OG=0,5	forte exca- vation OD légère exca- vation pa- pillaire OG	aboli en de- dans à 5° du point de fixa- tion OG	+ +
14	"	S. E. Montpellier	F	40	couturière	rhumati- smes		OD=0,9 OG=1/50	normal OD forte exca- vation pa- pillaire OG	rétréci à 45° excepté côté temporal OG	+ +

ompli- ations	Inter- vention	Compli- cations opératoires	Résultats opératoires immédiats			Années écoulées depuis l'opération	Résultats opératoires éloignés			
			T	V	Ch. V		T	V	Ch. V	État du N. optique
	iridectomie ODG		N	OD=Q			N	OD=Q		
			N	OG=0,5	le même	2	N	OG=0,3	augmenté de 10°	légère excavation papillaire
	iridectomie OG			OD=1			N	OD=1	normal	normal
			N	OG=0,1		1	N	OG=0,1	concentri- que	légère excavation
acryocyste muco- purulente ODG	iridectomie ODG		N	OD=0,1			N	OD=0,2	le même	excavation papillaire ODG
			N	OG=1/50		1	N	OG=1/50	le même	
OD chambre intérieure aplatie	iridectomie OD		N	OD=1		11 mois	N	OD=0		Obs. OD Seclusion pupillaire, à il douloureux. glaucome malin ?
	irido-sclé- rectomie OD	chambre an- térieure se reform tardivement, douleurs	N	OG=0			+2	OG=0		
	irido-sclé- rectomie OD		N	OD=Q			N	OD=Q		
leucomie central	iridectomie OG		N	OG=0,5	augmenté de 10°	10 mois	N	OG=0,5	normal	pas d'excavation papillaire
	iridectomie ODG	hyphéma OG	N	OD=Q			N	OD		forte excavation
			N	OG=0,1		10 mois	N	compte les doigts à 10 c. OG=0,8	le même	légère excavation papillaire
				OD=0,9			+1/2	OD=0,9	normal	normal
	iridectomie OG		N	OG=1/20	le même	3 mois	N	OG=0,2	le même	même excavation papillaire

N° d'ordre	Année de l'opération	Nom et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	État du N. opti
						Généraux	Oculaires		
15	1898	B. A. Aulas	F	45	ménagère		trachome ODG	OD=Q OG=0,1	excavati papillaire
16	1899	V. R. Montpellier	H	62	tanneur		glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,7	légère ex vation pa laire OD
17	"	J. A. Poujols	"	62	cultivateur		glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,8	pas d'ex vation OD
18	1900	G. H. Ganges	"	60	cultivateur	spécificité		OD=Q OG=0,6	forte exca papill. OD lég. excava tion papilla OG
19	"	R. P. Roget	H	64	cultivateur		glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,3	excavation papillaire ODG
20	"	J. Ch. Montpellier	"	77	serrurier			OD=1/20 OG=2/50	excavation papillaire ODG
21	"	L. G. Arles	F	55	couturière	paludisme		OD=Q OG=0,1	
22	1901	A. L. Montagnac	H	68	cultivateur		kératite ulcé- reuse OD	OD=1/50	papilles tro bles ODG

Etat du champ visuel	Tension oculaire	Complications	Intervention	Complications opératoires	Résult. opératoires immédiats			Années écoulées depuis l'opérat.	Résultats opératoire éloignés
					T	V	Ch. V		
rétréci en bas en dedans OG	+ 1 + 1	granulations ODG	iridectomie OG		N	OD=Q OG=0,1		10	La vue de l'œil gauche se maintient bonne.
rétréci en bas et en dedans OG	+ 1 + 1		iridectomie OG		N	OD=0 OG=0,7		5	La vue a baissé pro- gressivement jusqu'à la mort (1904).
rétréci en bas et en haut OG	+ 2 + 1/2		iridectomie OG		N	OD=0 OG=0,8		9	La vue reste bonne.
rétréci en dedans OG	+ 1 + 1		iridectomie ODG		N N	OD=Q OG=1		8	La vue commence à baisser.
rétréci en dedans OG	+ 1 + 1/2		iridectomie ODG		N N	OD=0 OG=0,4		8	La vue commence à di- minuer.
rétréci en bas et en dedans ODG	+ 1 + 1		iridectomie ODG		N N	OD=3/50 OG=3/50		4	La vue s'est maintenue bonne jusqu'à la mort (1904).
rétréci en bas et en dedans OG	+ 1 + 1/2		iridectomie OG		N	OD=Q OG=0,1		8	La vue n'a ni augmenté ni diminué.
	+ 1 + 1		iridectomie ODG	hyphéma OG	N N	OD=1/50 OG=1/100		3	Même vue jusqu'à la mort (1904).

N° d'ordre	Année de l'opération	Nom et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	État du N. optie
						Généraux	Oculaires		
23	1901	T. M. Le Mas-Blanc	H	59	propriétaire		glaucome absolu OD	OD=0 OG=4/50	
24	"	G. J. Clermont-l'Hérault	"	64	cultivateur	artério-sclé- rose		OD=Q OG=1/4	
25	"	J. C. Lodève	"	67	cultivateur			OD=0.7 OG=Q	excavatio papillaire
26	1902	M. L. Aniane	"	52	tailleur		glaucome absolu OD	OD=0 OG=0,3	excavatio papillaire
27	"	B. F. Apt	"	49	mécanicien			OD=Q OG compte les doigts à 10 cent.	excavatio papillaire.
28	1903	S. F. Montpeyroux	F	67	ménagère	rhumatismes		OD=0,4 OG=0,3	pas d'exca- tion OD excavatio papillaire.
29	"	T. A. Bédarieux	H	72	cultivateur		dacryocystite et ulcère à hypopion OD	OD=0 OG=0,1	excavatio papillaire
30	1904	M. L. Gignac	"	57	cultivateur	variole		OD=3/50 OG=0.3	

Etat du p visuel	Tension oculaire	Compli- cations	Inter- vention	Compli- cations opératoires	Résult. opératoires immédiats			Années écoulées depuis l'opérat.	Résultats opératoires éloignés
					T.	V	Ch. V		
	+ 2					OD=Q			
	+ 1		iridectomie OG		N	OG=4/50		7	OD légèrement doulou- reux. OG la vue commence à baisser.
	+ 2		iridectomie ODG		N	OD=Q			
éci en ns OG	+ 1/2				N	OG=1/4		7	La vue reste bonne.
	+ 1/2		iridectomie ODG		N	OD=0,7		7	La vue se maintient bonne.
	+ 1				N	OG=Q			
	+ 1	état lacrymal ODG				OD=0			
rétréci OG	+ 1		iridectomie OG		N	OG=0,3		6	Vue commence à dimi- nuer.
	+ 1					OD=Q			
	+ 1		iridectomie OG		N	OG=1,50		6	La vue se maintient.
nal OD	+ 1/2		iridectomie ODG		N	OD=0,4			
rétréci dans et as OG	+ 1/2				N	OG=0,3		5	La vue de l'œil droit se maintient bonne. OG = 0.
						OD=0			
éci en ns OG	+ 1		iridectomie OG		N	OG=0,1		5	La vue se maintient.
entrique OD	+ 2		iridectomie ODG		N	OD=Q			
ement éci OG	+ 1				N	OG=0,2		3	La vue s'est maintenue très bonne jusqu'à la mort (1907)

N° d'ordre	Année de l'opération	Noms et prénoms Domicile	Sexe	Age	Profession	Antécédents		Vision avant l'opération	État du N. optiq
						Généraux	Oculaires		
31	1904	A. A. Lodève	H	53	marchand de journaux		kératite ulcé- reuse ODG	OD=0,3 OG=0	légère ex- cavation papillaire
32	1905	S. Ch. Combes	"	58	cultivateur			OD=0,7 OG=1/100	légère ex- cavation O forte exci- tion et a- phie O
33	1906	M. A. Florensac	"	68	cultivateur	éthylisme	glaucome absolu OG	OD=3/50 OG=0	excavati- on papillaire
34	"	G. J. Puéchabon	"	65	cultivateur		glaucome absolu, xéro- rosis OD	OD=0 OG=2/50	forte exci- tion pap- illaire O
35	"	G. F. Montpellier	F	63	ménagère	rhumatismes	glaucome absolu OG, énucléation en 1903	OD=1/50	excavati- on papillaire
36	1907	B. C. St-Geniès-des-Mour- gues	"	51	ménagère		glaucome absolu OG	OD=0,2 OG=0	excavati- on papillaire
37	1908	N. E. Marsillargues	H	73	cultivateur			OD=1/100 OG=0,7	excavati- on papillaire

Etat du champ visuel	Tension oculaire	Complications	Intervention	Complications opératoires	Résult. opératoires immédiats			Années écoulées depuis l'opérat.	Résultats opératoires éloignés
					T	V	Ch. V		
très rétréci en haut OD	+ 1 + 1/2	leucome OD	iridectomie OD		N	OD=0,4 OG=Q		4	La vue se maintient très bonne.
tréci sauf en dehors OD concentrique en haut et en dedans OG	+ 1 + 1		iridectomie ODG		N N	OD=1 OG=1/100	Augm. 10° OD	3	La vue se maintient bonne.
tréci sauf dehors OD	+ 1 + 1	ptérygion interne ODG	iridectomie OD		N	OD=0,1 OG=0		2	La vue se maintient.
concentrique en haut, en bas en dedans OG	+ 2 + 2	xérosis	iridectomie OG		N	OD=0 OG=4/50		2	Aveugle six mois après l'opération.
tréci en dedans OD	+ 2		iridectomie OD		N	OD=0,4		2	Vue se maintient très bonne, tonus normal.
légèrement tréci OD	+ 1 + 1		iridectomie ODG		N N	OD=0,2 OG=0		18 mois	La vue se maintient très bonne.
tréci con- centrique- ment OG	+ 1 + 1		iridectomie ODG		N N	OD=1/100 OG=0,4		10 mois	Même vue OD Vue augmente OG

Discussion

Considérons à présent les données de nos statistiques.

Sur quatre-vingt-douze cas de glaucome chronique, nous avons soixante-dix hommes et vingt-deux femmes, ce qui démontre bien la fréquence de cette forme chez le sexe masculin ($3 \frac{2}{11}$; 1).

On l'observe surtout chez l'adulte au-dessus de quarante ans, chez l'homme comme chez la femme. Un seul de nos malades en est atteint à l'âge de trente-quatre ans. Plusieurs sont arthritiques, rhumatisants, artérioscléreux.

Nous avons noté cinq fois l'éthylisme, quatre fois la syphilis et une fois la surdité.

Six de nos malades présentent de l'hyperopie. Le glaucome chronique est bi-latéral, mais les deux yeux sont atteints à degré inégal. Dans la majorité des cas, les patients viennent solliciter nos soins, quand un œil est complètement perdu et l'autre très compromis; cela tient au caractère insidieux de la maladie. C'est l'œil droit qui est presque toujours le premier atteint. M. le professeur Truc l'avait déjà fait remarquer, nos recherches actuelles confirment pleinement sa constatation.

Laissant de côté les malades possédant une vision sensiblement égale aux deux yeux, il nous en reste quatre-vingt-cinq ayant une acuité visuelle bien différente à

chaque œil. Dans cinquante-sept cas, l'œil droit est atteint le premier ; et dans vingt-huit, c'est le gauche.

Dans les yeux droits nous en trouvons vingt-huit avec vision nulle, et vingt-neuf avec vision quantitative ou inférieure à un dixième.

Dans les yeux gauches il y en a huit seulement à vision nulle et vingt à vision quantitative ou inférieure à un dixième.

L'hypertonie a toujours été plus ou moins appréciable.

L'intervention a eu lieu après une cure myotique intensive de quatre à huit jours. L'iridectomie est *moyenne*, très périphérique, à cicatrice plate, sèche, recouverte par un lambeau conjonctival. Elle est généralement pratiquée en haut, afin que le colobome irien soit recouvert par la paupière supérieure.

Les complications opératoires immédiates notées avec soin dans nos tableaux sont :

Hémorragie de la chambre antérieure, cinq fois.

Enclavement irien dans la plaie scléro-cornéenne, quatre fois.

Panophtalmie, une fois.

Exception faite de l'infection post-opératoire, les autres complications sont de peu d'importance : l'hyphéma se résorbe facilement et le prolapsus irien ne paraît pas entraîner de suites fâcheuses.

Notre observation 28 — résultats immédiats — présente un enclavement irien ; l'hypertonie a disparu et l'acuité visuelle a augmenté.

Dans notre observation 2 — résultats éloignés — il existe un léger enclavement irien à l'œil droit. La pression intra-oculaire de ce côté, normale immédiatement après l'iridectomie (1900), se trouve à présent légèrement augmentée $+ 1/2$. L'acuité visuelle a diminué d'un dixième.

Les résultats opératoires immédiats portent évidemment sur la vision, sur la pression intra-oculaire et sur le champ visuel.

La pression intra-oculaire est la première influencée, l'hypertonie disparaît rapidement pour faire place à une tension normale, et cela dans la totalité des cas.

En ce qui concerne l'acuité visuelle, nos tableaux montrent clairement combien les résultats de l'iridectomie sont meilleurs dans les cas opérés au début du glaucome chronique. Cela est plus frappant encore à l'examen des résultats éloignés, nos 1, 2, 4, 6, 7, 13.

L'opération, quand elle a lieu sur un œil privé de vision, a pour but de diminuer l'hypertension et de prévenir les douleurs du glaucome absolu. Nous considérons ces résultats comme un état stationnaire.

Le champ visuel paraît être influencé par l'iridectomie d'une façon moins heureuse. Il reste généralement stationnaire ; toutefois nos observations nos 2, 6 et 12 — résultats éloignés — montrent qu'il peut gagner beaucoup en étendue.

On a accusé l'iridectomie d'être impuissante contre l'excavation papillaire. Evidemment, elle ne peut pas remédier à des lésions profondes, irréparables, ni régénérer des fibres nerveuses frappées à mort. Quelle autre opération le pourrait faire à sa place ?

Il n'en est pas moins vrai qu'au début du glaucome chronique, au moment où la papille est légèrement excavée, l'iridectomie a quelquefois pour résultat un effacement de cette excavation. C'est le cas pour nos observations nos 2, 6, 7 et 12 — résultats éloignés.

Nous avons malheureusement à enregistrer un cas fâcheux : perte complète de la vision survenue deux mois environ après l'iridectomie ; c'est notre observation n° 11.

Avant comme immédiatement après l'intervention, le malade avait une vision parfaite de l'œil droit. Tout ce qu'on peut noter de particulier, c'est une chambre antérieure aplatie à l'œil droit ; à l'œil gauche, violentes douleurs persistant deux jours, survenues après une irido-sclérectomie.

I. — Résultats immédiats de l'iridectomie dans le glaucome chronique

92 cas, avec 133 yeux examinés

	Vision	
1° Amélioration.....	38	28,57 %
2° Etat stationnaire	83	62,40
3° Diminution	11	8,27
Perte par infection	1	0,75

Tonus normalisé dans 100 %.

II. — Résultats éloignés de l'iridectomie dans le glaucome chronique

a) 14 cas avec 23 yeux examinés

VISION			TONUS		
1° Amélioration..	7	30,43 %	1° Normal	17	73,91 %
2° Etat station ^{re} ..	11	47,82	2° Etat station ^{re} ..	1	4,34
3° Diminution....	4	17,39	3° Aggravation..	5	21,73
4° Perte	1	4,34			

CHAMP VISUEL

15 yeux

1° Augmentation.....	3
2° Etat stationnaire.....	10
3° Diminution.....	2

b) 23 cas avec 34 yeux

Constataction par lettre

	Vision	
Résultats bons	26	76,47 %
— médiocres	6	17,64
— mauvais	2	5,88

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

De Graefe avait étudié admirablement les indications opératoires de l'iridectomie dans le glaucome chronique, aussi bien que les résultats.

Bon nombre d'oculistes contemporains qui suivent son enseignement pratiquent avec succès l'iridectomie contre cette forme du glaucome. Les résultats opératoires se maintiennent à peu près dans les limites indiquées par de Graefe.

Les opérations qu'on a tenté de substituer à l'iridectomie se sont montrées inférieures.

La sclérotomie en particulier, très employée au début, est descendue par la suite au rang d'une opération accessoire pour être enfin complètement abandonnée.

La sympathectomie est une intervention pénible, d'une pratique exceptionnelle et sans effets durables.

Les autres opérations dirigées contre le glaucome, la sclérochoriotomie, l'iridencleisis, la cyclodialyse, la sclérectomie sont des opérations trop récentes pour qu'on puisse encore les juger à leur juste valeur.

Les myotiques sont insuffisants comme traitement curatif; ils serviront uniquement à préparer l'œil malade pour l'opération.

Nos recherches nous montrent l'heureuse action cura-

tive de l'iridectomie dans le glaucome chronique. Cette opération, appliquée au début de la maladie, a pour résultats : une augmentation de l'acuité visuelle, la normalisation de la pression intra-oculaire, et un élargissement du champ visuel.

Si on intervient à une période avancée de l'affection, les effets de l'iridectomie sont moins heureux. Toutefois elle enraie la marche de la maladie ; l'acuité visuelle reste stationnaire ou se maintient au degré obtenu après la cure myotique (Truc) et le tonus devient normal.

En conclusion :

A) *L'iridectomie constitue l'opération de choix dans le glaucome chronique.*

B) *L'iridectomie doit être une opération hâtive.*

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Par ordre des matières et par ordre chronologique

Iridectomie

- DE GRAEFE. — Remarques sur le glaucome (Archiv. für Opht., 1856, t. I, 2^e partie, p. 299).
- / De l'iridectomie appliquée au glaucome (Arch. für Opht., t. III, 2^e partie, 1857).
- Note sur la guérison du glaucome, au moyen d'un procédé opératoire, envoyé à l'Institut de France (Ann. d'ocul., 1857, t. XXXVIII, p. 237).
- De l'iridectomie appliquée au glaucome. et des affections glaucomateuses (Annales d'ocul., 1858, t. XXXIX, p. 228-279).
- Du glaucome et de l'iridectomie (Archiv. für Opht., t. IV, 2^e partie, p. 127, 1858).
- JAEGEB. — Sur le glaucome. Son traitement par l'iridectomie (Ann. ocul., 1858, t. XL, p. 92).
- DE GRAEFE. — Glaucom et iridectomie (Archiv. für Opht., t. VIII, 2^e partie, 1862).
- BOWMANN (William). — Sur les affections glaucomatuses et leur traitement par l'iridectomie (Ann. d'oculistique, 1863, t. XLIX).
- DONDERS. — Ueber Glaucom. Bericht. d. Opht. Ges. zu. Heidelberg. Klm. (Monats. f. Augenh., 1864).
- WEGNER. — Arch. für Opht., 1865, t. XII, 2, p. 1.
- MACKENZIE (W.). — Du glaucome (Ann. d'ocul., 1866, t. LV, p. 193).

- DE GRAEFE. — Contribution à la pathologie et à la thérapie du glaucome (Annales d'oculistique, 1870, t. LXIII).
- HIRSCHBERG. — Du pronostic de l'opération contre le glaucome (Albrecht von Graefe's, Arch. für Opht., 1879, vol. XXIV-I, p. 161).
- SULZER. — L'iridectomie dans le glaucome primitif (Thèse Zurich, 1882).
- LEBER. — L'iridectomie contre le glaucome. Aperçu historique (Rev. gén. d'opht., décembre 1887).
- GRUENING. — L'iridectomie dans le glaucome (Transactions of the american ophtalmological Society. 25^e session annuelle 1890. — Ann. d'oculistique, 1890, t. CIV, p. 63).
- HAHNLOSER. — Résultats du traitement du glaucome à la Clinique ophtalmologique de Zurich, de 1865 à 1895 (Thèse de Zurich, 1896).
- ABADIE. — Des diverses variétés de glaucome chronique et de leur traitement (Soc. fr. d'opht., mai 1896).
- WAGNER. — Traitement opératoire du glaucome (Congrès d'opht. de Moscou, août 1897).
- ABADIE. — Nature du glaucome. Explication de l'action curative de l'iridectomie (Soc. franç. d'opht., 5 mai 1897).
- HAAB. — Le glaucome ne peut-il guérir d'une façon durable ? (Correspond. Blatt. f. Schweiz. Aerzte, 1^{er} juin 1898).
- SILDER-HUGUENIN. — Les suites éloignées du glaucome (Beiträge zur Augenheilk., 1898, n° 32).
- COPPEZ (H.). — Quelques considérations sur l'opportunité de l'intervention opératoire dans le glaucome chronique simple (Belgique médicale, fév. 1899).
- ROGMAN. — L'iridectomie dans le traitement du glaucome chronique simple peut être utile (La Clinique ophtalmologique, 25 octobre 1899).
- CAUVIN (Dr Charles). — Des opérations du glaucome chronique simple (Thèse Montpellier, 1899).
- TRUC et CAUVIN. — De l'iridectomie dans le glaucome chronique simple. Quelques résultats éloignés (Arch. d'opht., janvier 1900).
- ROGMAN. — Encore quelques remarques sur la symptomatologie et

- le traitement du glaucome chronique simple (Ann. d'oc., juin 1900).
- JOCQS. — Sur l'action de l'iridectomie dans le glaucome (Soc. d'oph. de Paris. Séance du 9 oct. 1900).
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Que savons-nous des causes de l'efficacité ou de l'inefficacité de l'iridectomie dans le glaucome ? (La Clinique ophtalmologique, 25 janvier 1901).
- VETTIGER. — De l'iridectomie dans le glaucome primaire (Th. Bâle, 1901).
- DAULNOY (Dr). — Quelques considérations sur l'action de l'iridectomie dans le glaucome (Soc. d'ophl. de Paris, 5 mars 1901).
- TRUC (H.). — Iridectomie et glaucome chronique (Leçon clinique faite à l'Hôpital Général, le 10 décembre 1900, Montpellier Médical, 7 avril 1901).
- WECKER (L. DE). — Valeur de l'iridectomie dans le glaucome (Rapport à la Société française d'ophl., 18^e réunion, 6 mai 1901).
- WAGNER. — L'iridectomie doit être regardée actuellement comme l'opération la plus satisfaisante contre le glaucome et toutes ses formes cliniques [Die Iridectomie hat zur Zeit als beste Operation gegen Glaucom aller klinischen Glaucom-gruppen zu gelten] (Klin. Monatsbl., juillet 1901).
- BULL (C.-G.). — Résultats post-opératoires de 50 cas de glaucome chronique simple [Post-operative history of fifty cases of simple chronic glaucoma] (Medical Record, 4 oct. 1902).
- ABADIE (Dr Ch.). — De l'iridectomie dans le glaucome (Société française d'ophtalmologie. Séance du 2 mai 1907).
- HAMILTON (T.-K.). — Note sur le traitement du glaucome simple [Note on the treatment of simple glaucoma] (The Ophthalmoscope, mai 1905).
- OPIN. — Le glaucome aigu consécutif aux opérations d'iridectomie antiglaucomateuse (Arch. d'ophl., fév. 1906).
- BOSSALINO (D.). — Le glaucome primaire et ses suites après l'iridectomie [Il glaucoma primario ed il suo esito dopo l'iridectomia] Edit. A. Valentin, Pisa, 1906.
- ALBITOS. — Mode d'action de l'iridectomie dans le glaucome. Son mécanisme intime. Confirmations cliniques (Soc. oft.

- hispano-améric., mai, et Arch. de oftalm. hisp.-amér., sept. 1906).
- VAN DER HILST KARREWIJ (G.-J.). — Contribution à la connaissance de la thérapeutique du glaucome (Thèse de Leyde, 1906).
- HIPPEL (A. von). — Sur la valeur de l'iridectomie dans le glaucome simple (Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde, juillet 1907).
- JOCQS. — De l'iridectomie dans le glaucome (Soc. franç. d'opht., mai 1907).

Opérations substitutives

a) SCLÉROTOMIE

- WECKER (DE). — Congrès d'Heidelberg (1869-1871).
- Des opérations contre le glaucome (Ann. d'ocul., 1881, t. LXXXVI, p. 89).
 - De la sclérotomie dans l'opération du glaucome (Klin. Monatsbl., 1881, p. 307 ; Annali de Ottalmologia, 1881, p. 392).
 - Quaglino et sa sclérotomie (Ann. d'ocul., mai 1894).
 - Sclérotomie simple et combinée (Ann. d'ocul., mai 1894).
 - Sclérotomie simple et combinée (Ann. d'ocul., oct. 1894, t. CXII).
- MEILER. — L'histologie des cicatrices de la sclérotomie postérieure [Zur Histologie der Narben nach Sclerotomia posterior] (Arch. f. Augenh., XLIII, 1, p. 1).
- ANDOGSKY (N.) et SELENSKY (P.). — Le rôle des cicatrices sclérales dans les opérations pour le glaucome [The role of scleral scars in operations for glaucoma] (Arch. of opht., sept. 1902).
- DIANOUX (Pr). — Glaucome et sclérotomie (Ann. d'ocul., fév. 1905).
- ABADIE (Ch.). — Glaucome et sclérotomie (Ann. d'oc., mars 1905). Réponse au professeur Dianoux).

b) OPÉRATION DE BADAL

- BADAL. — De l'élongation du nerf nasal externe contre les douleurs ciliaires (Ann. d'ocul., 1882, t. LXXXVIII, p. 241).
- ABADIE. — De l'élongation et de l'arrachement du nerf nasal externe (Ann. d'ocul., 1883, t. LXXXIX, p. 234).
- BADAL. — Traitement du glaucome par l'arrachement du nerf nasal externe (Ann. d'ocul., 1883, t. XC, p. 89).
- JONNESCO. — Résection du sympathique cervical dans le traitement du glaucome (Communication à l'Académie de médecine, 18 octobre 1897, 19 avril 1898).
- ABADIE. — Glaucome malin enrayé par l'ablation du ganglion cervical supérieur (Archives d'ophtalmologie, 1898, t. XVIII, p. 443).
- PANAS. — Rapport sur la mémoire de Jonnesco. Résection du sympathique cervical dans le traitement du glaucome (Archives d'ophtalmologie, 1898, t. XVIII, p. 448).
- MOHR (Tubingen). — Extirpation du ganglion cervical supérieur dans le glaucome simple (LXXI^e Réunion des naturalistes et médecins allemands à Munich, 19, 20, 21 septembre 1899).
- NEUSCHULER (Dr A.). — Nerf sympathique et tension oculaire (Annali di oftalmologia, 1899).
- DEMICHIERIE. — Sympathectomie dans les cas du glaucome (Ann. d'ocul., mai 1899, p. 188).
- PEUGNIEZ. — De la résection du ganglion supérieur du grand sympathique dans le glaucome (Assoc. franç. de chirur., oct. 1901).
- SOCOR. — Résection du sympathique pour glaucome (Bull. de la Soc. des méd. de Jassy, déc. 1901).
- LAGRANGE. — Résection du ganglion cervical supérieur du sympathique dans le glaucome (Académie de médecine, 5 mai 1903).

- NEESE. — Observations ophtalmologiques. Glaucome et sympathectomie (Rousski Wratch, n° 8, 1903).
- KALT. — Glaucome traité par la résection du ganglion cervical supérieur et la cure de déchloration (Société d'ophtalmologie de Paris, 2 février 1904).
- LORING. — Sympathectomie cervicale pour glaucome [Cervical sympathectomy for Glaucom] (Archives of ophtalmology, sept. 1904).
- MEDOW, — Résection du sympathique dans le glaucome [Sympathicus Resektion bei Glaucom] (Inaug. Diss. Freiburg, 1905).

c) SCLÉROCHORIOTOMIE

- QUERENGHI. — De la sclérochoriotomie ou sclérociliotomie dans le traitement du glaucome (XVI^e Congrès d'opht. italien, Florence, 1902).

d) IRIDENCEISIS

- HERBERT (Major H.). — Traitement du glaucome chronique primitif par la création d'une fistule sous-conjonctivale [Subconjunctival fistula formation in the treatment of primary chronic glaucoma (Trans. ophtalm. Soc. of the U. K., vol. XXIII, 1903, et Rev. gén. d'opht., avril 1904).
- HOLTH. — Un nouveau principe du traitement opératoire du glaucome [Ein neues Prinzip der operativen Behandlung des Glaukoms] (XXXIII^e Versamml. d. Ophtalm. Gesellsch. Heidelberg., 6-8 août, et Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., août 1906).
- Iridenceisis Antiglaucomatosa (Communication à la Société de médecine de Christiania, 26 sept. 1906, traduite en français par le docteur Soederlindh dans les Annales d'oculistique, mai 1907).

e) CYCLODIALYSE

WECKERS. — Contribution à l'action de la cyclodialyse dans le traitement opératoire du glaucome avec remarque sur la disparition de l'excavation glaucomateuse (Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde, 1907, vol. IV).

f) IRIDO-SCLÉRECTOMIE

et

SCLÉRECTOMIE SIMPLE

LAGRANGE (F.). — Traitement du glaucome chronique par l'établissement d'une cicatrice filtrante. Description d'un procédé nouveau (Société française d'ophtalmologie, mai 1906).

BOUTHILLIER (E.-F.). — De l'iridectomie et de la sclérectomie combinées dans le traitement du glaucome (Thèse Bordeaux, 1906).

Société d'ophtalmologie de Paris, séance du 8 janvier 1907. Discussion à propos du nouveau traitement du glaucome chronique. Iridosclérectomie de Lagrange.

LAGRANGE. — Traitement du glaucome chronique par l'iridectomie et la sclérectomie combinées (Société française d'ophtalmologie, mai 1907).

— De la cicatrice filtrante dans la cure du glaucome. Variétés de cette cicatrice après la sclérectomie et l'iridectomie combinées (Archives d'ophtalmologie, février 1908).

BETTREMIEUX (Dr). — La sclérectomie simple (Nord Médical, n° du 15 mars 1908).

ROCHON-DUVIGNEAUD. — Les conditions d'efficacité de l'iridosclérectomie (Archives d'ophtalmologie, mars 1908. p. 138-144).

BETTREMIEUX. — La sclérectomie simple (Communication à la Société française d'ophtalmologie. Congrès 1908).

- LAGRANGE (F.). — De la sclérectomie simple dans le glaucome chronique simple (Communication à la Société d'ophtalmologie de Paris, 7 juillet 1908).
- ROCHON-DUVIGNEAUD et BARBADAUT. — Conditions anatomiques de la fistulisation sclérale par la sclérectomie (Communication à Société d'ophtalmologie de Paris, séance du 7 juillet 1908).
- VALUDE (E.). — A propos de l'opération de Lagrange (Annales d'oculistique, septembre 1908, p. 182).
- BARBADAUT (C.). — La sclérecto-iridectomie [Opération de Lagrange] (Thèse Paris 1908).

Traité et Revues générales

- DESMARRES. — Traité des maladies des yeux, 1847.
- JAUMES. — Du glaucome (Thèse Montpellier, 1861).
- WECKER (DE) et LANDOLT. — Traité complet d'ophtalmologie, 1880.
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Traitement du glaucome (Gazette des hôpitaux, juin 1895, n^{os} 66, 72).
- TERRIEN. — Le glaucome ; symptomatologie, anatomie, pathogénie et traitement (Gazette des hôpitaux, n^o 65, 9 juin, et n^o 68, 16 juin 1906).
- FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie (3^e éd. franç., 1906).
- GAMA-PINTO. — Glaucome (Encyclopédie française d'ophtalmologie, 1903, t. V, p. 1-221).
- TRUC-VALUDE-FRENKEL. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie. 2^e édition, 1908).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 15 Décembre 1908.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 15 Décembre 1908.

Le Doyen,
MAIRET.

TABLE

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER	
De la valeur curative de l'iridectomie dans le glaucome chronique, d'après de Graefe.....	15
CHAPITRE II	
De la valeur curative de l'iridectomie dans le glaucome chronique, d'après les auteurs contemporains.....	23
<i>a)</i> Les myotiques.....	24
<i>b)</i> L'iridectomie	27
CHAPITRE III	
Des opérations antiglaucomateuses substitutives de l'iridectomie	37
A. Opérations intra-capsulaires.....	38
<i>a)</i> Sclérotomie.....	38
<i>b)</i> Scérochoriotomie.....	41
<i>c)</i> Iridencleisis antiglaucomatosa	41
<i>d)</i> Cyclodialyse.....	41
<i>e)</i> Irido-sclérectomie	42
<i>f)</i> Sclérectomie simple	42
B. Opérations régionales ou extra-capsulaires...	43
<i>a)</i> Opération de Badal.....	43
<i>b)</i> La symphéctomie.....	44
CHAPITRE IV	
Statistique clinique des résultats immédiats et éloignés de l'iridectomie.....	45
<i>a)</i> Observations avec résultats immédiats	47
<i>b)</i> Observations avec résultats éloignés.....	63
DISCUSSION	74
RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	81

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
